MODE D'EMPLOI

La Mutu

EDITION 2014 - 2015



SOMMAIRE

CRÉDITS

Cette brochure a été réalisée en collaboration avec différents services de la Mutualité chrétienne et différentes personnes spécialisées. **Merci à toutes et tous !**

Conception : Aude Scieur
Rédaction : Catherine Xhauflair, Muriel van der Heyden, François Galand
Illustrations : Aster
Graphisme : Trinôme
Editeur responsable : François Galand, chaussée de Haecht 579 BP 40, 1031 Bruxelles
Photos : © Fotolia.com, © Photo-libre.fr

INTRO

La mutu, nous en entendons parler régulièrement. Depuis notre naissance, nous bénéficions de ses avantages et de ses services ; mais cerner précisément son mécanisme de fonctionnement, c'est une autre histoire ! Entre l'INAMI, les vignettes, les tickets modérateurs, les titulaires, les personnes à charge, les attestations de soins donnés et les quittances, il y a en effet de quoi se perdre ! Grâce à cette brochure, nous allons essayer d'y voir plus clair. Après un bref aperçu du fonctionnement de la sécurité sociale, nous vous proposons un mode d'emploi qui vous permettra de vous y retrouver et de comprendre à quoi sert une mutualité. Quand et comment s'inscrire ? Quand faire appel aux services de sa mutualité ? Que faire en cas de maladie ? A quoi être attentif en cas d'hospitalisation ? Autant de questions auxquelles vous trouverez réponse dans cette brochure courte et pratique.

« La Mutu, mode d'emploi » vous guidera et vous aidera ainsi à poser un regard critique et responsable sur vos premières relations avec votre mutualité. Mais la mutu, ce n'est pas qu'une simple question de cotisations et de remboursements… Ce serait réduire à peu de choses cette institution proche de vous.

La mutu est aussi votre partenaire santé. Nous aborderons plusieurs questions concernant la santé au sens large. Plus que jamais, votre santé, c'est votre affaire !

Jeunesse & Santé
Septembre 2014



LA SÉCU, C'EST QUOI ?

MERCI LA SÉCU !

Naissance, congés, accident de travail, perte d'emploi, retraite,… Nombreuses sont les situations où la sécurité sociale intervient pour nous. Concrètement, à quoi sert-elle ? Quelques exemples…

- **Vous tombez dans les escaliers, vous vous cassez le bras et vos frais médicaux sont élevés…**
  → Votre mutualité vous rembourse la quasi totalité des frais.
- **Vous êtes père de famille et les études de vos enfants coûtent cher…**
  → Vous touchez des allocations familiales.
- **Victime d'un accident de travail, vous êtes cloué au lit pour un bon bout de temps et ne recevez plus de salaire de votre employeur…**
  → Vous touchez un revenu de remplacement.
- **Vous perdez votre emploi…**
  → Le temps de trouver un autre travail, vous recevez une allocation de chômage.
- **Après de nombreuses années de service, vous prenez votre retraite…**
  → Vous touchez une pension.
- **Vous êtes ouvrier et profitez de vos vacances…**
  → Vous recevez un pécule de votre caisse de vacances.

Grâce à la **sécurité sociale**, nous sommes donc couverts dans de multiples situations où, sans cela, nous serions confrontés à bien des tracas. En Belgique, nous avons la chance de bénéficier d'un système basé sur la solidarité : tout le monde cotise pour tout le monde. **Ce système est financé par les cotisations des employeurs, des travailleurs ainsi que par l'État.** Il a donc un prix, mais est-ce un prix démesuré au vu des services que la sécu peut rendre à chacun ?

ASSURANCE ET SOLIDARITÉ

Le système est simple : les travailleurs, les employeurs et l'État apportent leur contribution à l'ONSS (Office National de Sécurité Sociale), une sorte de caisse commune d'où l'argent est redistribué sous forme d'indemnités ou d'allocations lors de situations spécifiques (maladie, accident, naissance, congés, chômage, retraite…). Il s'agit d'un grand réseau de solidarité entre travailleurs et non-travailleurs, jeunes et moins jeunes, riches et moins riches, bien portants et malades…

Notre système social est l'un des plus efficaces. Cette solidarité collective permet à tous d'avoir accès à la médecine, de bénéficier d'indemnités en cas de coup dur, d'être soutenu lors d'une naissance, de pouvoir prendre des vacances… Grâce à la sécurité sociale nous pouvons vivre dans une société plus équitable où chacun peut se permettre de consulter un médecin et bénéficier de soins de qualité.

Dans le cadre de la sécurité sociale, on parle d'assurance sociale car, d'une part, elle concerne tout le monde (personne n'en est exclu) et, d'autre part, les cotisations sont proportionnelles aux revenus et non au risque. Une assurance privée, comme une assurance auto par exemple, est liée au risque : un jeune paiera plus car le risque est considéré plus important. De même, si vous avez un problème pulmonaire (sans pour autant vous sentir en mauvaise santé), vous paierez beaucoup plus que d'autres pour une assurance privée. C'est là toute la différence entre un système qui, comme la sécu, vise le bien-être de tous et un autre qui vise le profit commercial.



FINANCEMENT ET REDISTRIBUTION

L'État soutient chacune des 6 branches de la sécurité sociale

Les travailleurs cotisent **13,07%** de leur salaire brut

Les employeurs cotisent **32,40%** du salaire brut de leurs employés

L'Office National de Sécurité Sociale récolte et redistribue

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité – INAMI
- Organismes : 5 unions mutualistes, Caami et la Caisse des Soins de Santé de la SNCB
- Bénéficiaires : toute personne cotisante

Office National de l'Emploi – ONEM
- Organismes : syndicats (3) ou Capac
- Bénéficiaires : chômeurs et prépensionnés

Office National des Pensions
- Organismes : caisse nationale des pensions
- Bénéficiaires : pensionnés

Agence Fédérale pour les Allocations Familiales - Famifed (anciennement ONAFTS)
- Organismes : caisses d'allocations familiales
- Bénéficiaires : enfants

Office National des Vacances Annuelles
- Organismes : caisses des vacances
- Bénéficiaires : ouvriers et apprentis

Fonds des Maladies Professionnelles et Fonds des Accidents du Travail
- Bénéficiaires : personnes accidentées ou atteintes de maladies spécifiques reconnues

Comme le montre ce schéma, la sécu est un organisme de solidarité nationale qui ne se résume pas aux seules mutualités, loin de là : celles-ci ne constituent en effet qu'une des six branches de la sécurité sociale. Travailleurs, patrons et pouvoirs publics apportent donc leur contribution au réseau de solidarité collective qui permet à tout le monde d'être couvert en de multiples circonstances. **Un beau système à préserver !**



LA MUTU, C'EST QUOI ?

LA MUTUALITÉ, UNE BRANCHE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Comme nous l'avons vu, l'assurance maladie-invalidité (AMI) constitue l'une des branches de la sécurité sociale. L'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) reçoit des fonds de l' ONSS et les répartit entre les différents organismes chargés de gérer l'AMI. Les mutualités font partie de ces « organismes assureurs ». Elles reçoivent de l'argent de l'INAMI dans le cadre de l'assurance obligatoire et peuvent ainsi rembourser les soins de santé et allouer des indemnités en cas d'incapacité de travail.

SES MISSIONS

Les mutualités organisent une solidarité dans le but de garantir bien-être et santé à tous. Leurs principales missions sont les suivantes :

- Gérer les remboursements des soins de santé et le paiement des indemnités en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité
- Développer une assurance complémentaire et proposer des assurances facultatives
- Informer leurs membres (promotion de la santé)
- Accompagner et défendre leurs membres (négociation des tarifs auprès de l'INAMI et des prestataires de soins, défense en cas de litige…)
- Favoriser l'engagement social (vie associative)

LE CONSEILLER MUTUALISTE

Dans chaque secrétariat de mutuelle, vous pouvez rencontrer un conseiller. C'est votre contact direct avec votre mutualité, il est là pour vous écouter, vous conseiller, vous aider à trouver la meilleure solution dans une situation de santé particulière ou éventuellement vous orienter vers quelqu'un d'autre. Votre conseiller mutualiste pourra également vous proposer les différents services et outils qu'offre votre mutualité. **N'hésitez donc pas à faire appel à lui !**

 L'ASSURANCE D'ÊTRE BIEN ASSURÉ !

UNE ASSURANCE OBLIGATOIRE (AO)

Pour pouvoir être remboursé de ses soins de santé ou toucher des indemnités en cas d'incapacité de travail, tout travailleur doit s'inscrire dans une mutualité et cotiser à l'ONSS (un pourcentage de votre salaire est retenu à la base). On parle d'assurance obligatoire car nous ne pouvons pas y déroger. En ce qui concerne l'assurance obligatoire, c'est le même régime pour tout le monde ! Les remboursements seront identiques, quelle que soit la mutualité. C'est l'INAMI qui décide des niveaux de remboursement.

UNE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE (AC)

Si l'assurance obligatoire couvre en bonne partie les risques occasionnés par la maladie ou les accidents, elle comporte toutefois certaines limites. C'est là qu'intervient l'AC : elle compense ces limites. Vous versez une cotisation complémentaire et l'AC vous offre des avantages et des services pour vous soutenir dans de nombreuses situations.

En matière d'assurance complémentaire, chaque mutualité est différente. Chacune pose ses choix en fonction de ses valeurs et de sa philosophie. Une assurance complémentaire peut par exemple offrir :

- une assurance hospitalisation pour tous
- le remboursement de certains frais non-couverts par l'AO (médicaments homéopathiques, intervention dans les frais d'optique…)
- un soutien à la vie de mouvement
- une politique d'éducation permanente
- des campagnes d'information et de prévention
- des séjours de vacances à prix réduit (familles, enfants, pensionnés, handicapés…)
- un service de prêt de matériel sanitaire (béquilles, fauteuil roulant…)
- un avantage sur vos soins dentaires (Dento Solidaire)

LES INDÉPENDANTS

Pour les travailleurs indépendants, vu qu'ils sont à la fois travailleurs et leur propre employeur, ils doivent cotiser eux-mêmes. Ils paient une somme proportionnelle à leurs revenus à une caisse d'assurance sociale pour travailleurs indépendants. Il en existe plusieurs, les indépendants en choisissent une, qui informe la mutualité des inscriptions, des modifications de statut, qu'ils sont en règle de cotisation, ... A défaut, il sont d'office affiliés à la caisse nationale auxiliaire d'assurance sociale pour travailleurs indépendants. Ils peuvent alors jouir de droits en ce qui concerne la sécurité sociale (allocations familiales, assurance maladie-invalidité, pensions...).



LA MUTUALITÉ CHRÉTIENNE EN MOUVEMENT



La Mutualité chrétienne, c'est plus que le remboursement de vos soins de santé ! C'est aussi un mouvement de solidarité et d'entraide : des services spécialisés, des associations et une politique santé poussée… Autant de choix qu'elle a faits pour et avec ses membres !

UNE POLITIQUE SANTÉ

Votre partenaire santé, la Mutualité chrétienne met en place de larges campagnes de sensibilisation et de prévention sont régulièrement et vous informent sur de nombreux sujets : promotion de l'alimentation équilibrée, consommation de médicaments, hospitalisation, vaccins…

De plus, la Mutualité chrétienne mène des négociations avec l'INAMI ainsi qu'avec les prestataires de soins et les hôpitaux. L'objectif est d'aboutir à des accords afin de payer le juste prix et de favoriser un meilleur remboursement par l'INAMI.

SES SERVICES

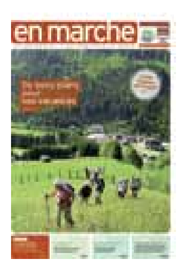


Infor Santé, le service de promotion à la santé de la Mutualité chrétienne, mène de larges campagnes et vous informe sur diverses questions concernant la santé.

Le Service Social vous informe, vous écoute, vous conseille, vous aide dans les démarches administratives et vous accompagne dans les moments difficiles. Il s'agit d'un service gratuit et accessible à tous.

Plus d'info sur www.mc.be

Le Service « Défense des membres » vous conseille gratuitement et vous assiste activement en cas de problèmes juridiques avec un médecin, une institution de soins ou un organisme officiel. Ce service est accessible à tous les membres de la Mutualité chrétienne.



Le journal bimensuel « En Marche » traite des actualités et vous informe de toute évolution de vos droits et devoirs en matière de sécurité sociale. Il reprend et commente également l'actualité des différents mouvements et services de la Mutualité chrétienne de votre région.

www.enmarche.be

SES MOUVEMENTS



- **Jeunesse & Santé** anime des séjours de vacances, des plaines de jeux, et organise des formations à l'animation, des actions de promotion de la santé et d'information sur la sécurité sociale pour les jeunes. www.jeunesseetsante.be



- **Enéo**, mouvement social des aînés défend les intérêts des pensionnés et organise des loisirs à l'intention des plus de 50 ans. www.eneo.be



- **Altéo** (Mouvement social de personnes malades, valides et handicapées) conseille, informe et organise des loisirs et des vacances ainsi qu'un service d'aide à domicile pour les personnes malades et/ou handicapées adultes. www.alteoasbl.be

S'INSCRIRE DANS UNE MUTU

Jusqu'à un certain âge, on se préoccupe peu de la mutualité : on bénéficie de ses services et remboursements en tant que personne à charge d'un titulaire (parents ou autre). Puis, un beau jour arrive le moment où vous devez vous inscrire vous-même dans une mutualité : devenir à votre tour titulaire et cotiser, vous ouvrant de la sorte des droits personnels et éventuellement des droits dérivés pour les membres de votre famille qui seraient à votre charge. La mutualité devient alors quelque chose de plus concret.

BON À SAVOIR

Vous désirez vous inscrire dans une autre mutualité que celle de vos parents ? Pas de problème ! Cela n'entraînera aucune démarche administrative particulière. Votre nouvelle mutualité se chargera de tout et vous bénéficierez immédiatement de cette assurance.



QUAND ET COMMENT S'INSCRIRE ?

Voici les situations les plus fréquentes nécessitant votre inscription dans une mutualité :

- **Vous terminez ou interrompez vos études et trouvez du travail :**
  - → Dès le lendemain de votre entrée en fonction, vous devez avertir la mutualité que vous avez choisie. Elle vous remettra des documents à faire remplir par votre employeur.
- **Vous terminez ou interrompez vos études et cherchez du travail :**
  - → Vous vous inscrivez tout d'abord comme demandeur d'emploi. Si vous n'avez toujours pas trouvé de travail à l'issue d'un stage d'insertion d'une durée variable, vous aurez droit à une allocation d'attente (plus de renseignements dans notre brochure 18 ans et après, mode d'emploi, p.17). Durant votre stage d'insertion, si vous avez moins de 25 ans, vous pouvez rester personne à charge de vos parents. Dès que vous touchez des allocations d'insertion, vous devez avertir votre mutualité et vous inscrire comme titulaire.

- **Vous avez 25 ans:**
  → Et non, on ne peut pas rester à charge de ses parents toute sa vie ! A partir de 25 ans, même si vous êtes toujours étudiant ou effectuez votre stage d'insertion, vous devez vous inscrire comme titulaire. Bien entendu, vos cotisations seront adaptées à votre situation. La mutualité recherchera avec vous la solution la mieux adaptée à votre cas précis.

- **Vous êtes apprenti :**
  → Le 1er janvier de l'année de vos 19 ans, vous devez vous inscrire comme titulaire. Attention toutefois, il existe certains types d'engagements dans lesquels il faut s'inscrire comme titulaire avant 19 ans.



BON À SAVOIR

Dès que vous travaillez et que vous cotisez à l'ONSS (13,07% du salaire sont retenus à la base), renseignez-vous auprès de votre mutu : à partir du moment où vos cotisations ONSS dépassent un certain montant, vous devrez vous inscrire comme titulaire (cfr. 18 ans et après, mode d'emploi, p.13).

VOS DOCUMENTS MUTUELLISTES

Lorsque vous serez inscrit dans votre mutualité, vous devrez conserver bien soigneusement les documents suivants, qui vous serviront dans vos rapports avec le monde médical.

LA CARTE D'IDENTITÉ SOCIALE OU CARTE SIS (SYSTÈME D'INFORMATION SOCIAL)



La carte SIS est une carte d'identité sociale contenant des données relatives aux droits aux soins de santé. Ces données sont utilisées par différentes instances, dont les mutualités. Depuis le 1er janvier 2014, la carte SIS est petit à petit retirée du circuit, et remplacée par la consultation en ligne des données via le numéro de registre national figurant sur la carte d'identité électronique.

Actuellement, le système est déjà en place dans la plupart des pharmacies, et se généralise. Cela signifie concrètement que depuis 2014 vous devez présenter votre carte d'identité électronique (eID) ou un autre document d'identité électronique (Kids-ID, eID belge pour les étrangers) à la pharmacie (lors de l'achat de médicaments remboursés), à l'hôpital ou chez un prestataire de soins.

Pour les personnes ne disposant pas d'une eID/pièce d'identité belge (les enfants de moins de 12 ans et les travailleurs frontaliers) , la carte SIS a été remplacée par une carte ISI+.

BON À SAVOIR

Depuis le 01/01/14, la carte SIS a été remplacée par la carte d'identité. Si votre carte SIS n'est plus valide, vous pouvez la déposer dans une boîte aux lettres verte de la MC ou la remettre à votre conseiller mutualiste, nous nous chargeons du recyclage



LES VIGNETTES



Chacun (titulaire comme personne à charge) reçoit des vignettes à son nom, qui reprennent ses données d'identité mutualiste. Elles servent à identifier les documents qui le concernent, comme les attestations de soins reçues après une visite chez le médecin, le dentiste, le kiné… Pensez à en coller une sur les documents que vous envoyez à votre mutuelle !

A chaque union mutualiste correspond une couleur de vignettes bien précise, ce qui permet de les identifier rapidement. A la Mutualité chrétienne, les vignettes sont jaunes.

BON À SAVOIR

- **Les vignettes vous serviront chaque fois que vous irez :**
  - → À la mutu porter vos attestations de soins en vue d'un remboursement ou demander un renseignement.
  - → Chez les médecins qui travaillent en tiers payant, ou pour créer votre DMG (dossier médical global).
- **S'il se produit un changement dans votre situation familiale (nouvelle personne à charge en cas de naissance, changement d'adresse…) ou professionnelle (changement de statut…), n'oubliez pas d'en avertir la mutu ! Certaines modifications dervont être apportées sur vos vignettes.**



LES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

L'ATTESTATION DE SOINS DONNÉS (illustration page suivante)

Que ce soit chez le médecin, chez le dentiste ou chez tout autre prestataire de soins, vous recevrez, à la fin de votre visite une attestation qui vous permettra de vous faire rembourser par votre mutualité. Voici les principaux renseignements qu'elle reprend :

1. Partie à remplir par le titulaire : nom, prénom… Le plus facile est d'y apposer une vignette (voir p.15).
2. Partie à remplir par le prestataire de soins (médecin, dentiste…) : coordonnées du patient, date de la prestation, numéro de nomenclature (à chaque type de prestation correspond un numéro de nomenclature)…
3. Identification du dispensateur : nom, prénom, adresse, numéro INAMI…
4. Le prestataire y mentionne soit :
   - → **OUI** : cela signifie que le ticket modérateur ainsi que le montant remboursé par la mutuelle ont été payé.
   - → **NON** : dans le cas où seul le montant remboursé par la mutuelle a été payé.
   - → Le montant des honoraires réellement payés.
5. Souche fiscale qui indique le montant payé par l'assuré et lui sert de reçu. Il permet également au prestataire de remplir sa déclaration fiscale.

BON À SAVOIR

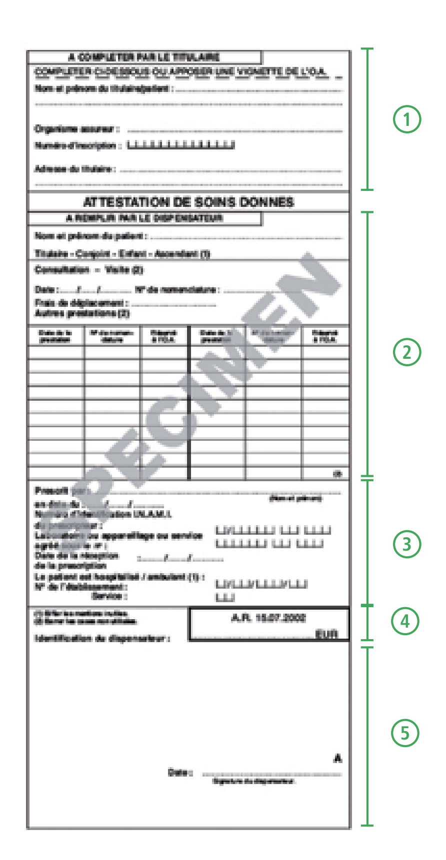
C'est cette attestation que vous devez remettre à votre mutualité pour être remboursé. Ne payez donc pas si on ne vous la présente pas et ne l'égarez pas non plus : pas d'attestation, pas de remboursement ! Il en sera de même si elle n'est pas complète. Enfin, elle est valable deux ans à compter de la date de prestation. N'oubliez pas de l'envoyer à votre mutualité avant cette date.

LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS (OU ORDONNANCE)

Il s'agit du document à remettre au pharmacien, sur lequel le médecin indique – souvent de manière illisible pour un oeil non-entraîné ! – les médicaments dont vous avez besoin. Ce document est important: il vous permet :

- de vous procurer des médicaments qui ne sont pas en vente libre ;
- de payer un moindre prix pour les médicaments remboursés par l'INAMI.

Plus d'info sur les médicaments p. 24



A COMPLETER PAR LE TITULAIRE

COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.

Nom et prénom du titulaire/patient :

Organisme assureur :

Numéro d'inscription :

Adresse du titulaire :

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient :

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

Consultation - Visite (2)

Date : ..../..../........ N° de nomenclature :

Frais de déplacement :

Autres prestations (2)

SPECIMEN

Prescrit par : (Nom et prénom)

en date du ..../..../........

Numéro d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur :

Date de la réception de la prescription ..../..../........

Le patient est hospitalisé / ambulant (1) :

N° de l'établissement :

Service :

A.R. 15.07.2002

EUR

Identification du dispensateur :

Date :

Signature du dispensateur

LA QUITTANCE DE SOINS DE SANTÉ

La quittance de soins est un document qui reprend une série d'infos vous permettant notamment de contrôler le prix payé et le montant du remboursement. Elle peut vous servir de preuve de remboursement auprès d'une autre assurance. Avant vous pouviez vous rendre dans votre mutu et vous faire rembourser sur place. Aujourd'hui d'autres moyens ont été créés, adaptés aux nouvelles technologies et plus rapides.

→ M30 par mail : c'est un extrait de compte qui vous donne les informations utiles sur vos remboursements. Vous pouvez le recevoir par mail.

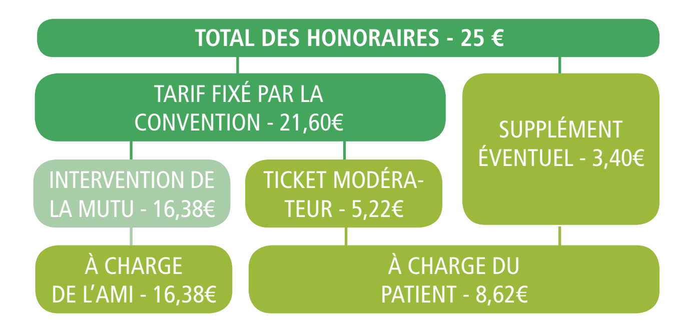
→ Doccle : une plate-forme administrative en ligne gratuite qui permet de recevoir et conserver des documents numériques de différents organismes, notamment la mutu.

Votre mutu vous remboursera ensuite en effectuant un versement sur votre compte bancaire.

HONORAIRES, REMBOURSEMENTS ET STATUTS PARTICULIERS

Entre ce que le prestataire de soins (médecin, dentiste…) vous demande de payer et ce que la mutu vous rembourse, il y a parfois des différences. De plus, suivant votre situation familiale, financière ou sociale, les montants à rembourser seront différents. Quelques explications s'imposent !

COMMENT SE COMPOSENT LES HONORAIRES D'UN PRESTATAIRE DE SOINS ?



Remarque : les chiffres sont basés sur une consultation d'un bénéficiaire adulte chez un dentiste généraliste non conventionné. Ils ne sont donnés qu'à titre d'exemple.

QU'EST-CE QUE LE TICKET MODÉRATEUR ?

Ce n'est pas un "ticket" en tant que tel. C'est la différence entre le tarif INAMI (tarif officiel fixé par convention ou accord) et ce que la mutu vous rembourse pour vos soins de santé. **C'est votre quote-part personnelle**. Le ticket modérateur correspond donc à ce que vous payez réellement lorsque le tarif de la convention est respecté. En cas de supplément, la mutu n'intervient pas plus : les frais supplémentaires seront à votre charge.

BON À SAVOIR

Depuis le 01/01/2014, la carte SIS a été remplacée chez tous les prestataires par la carte d'identité

LE PRINCIPE DU TIERS PAYANT

Il s'agit d'une possibilité pour le patient de ne payer que le ticket modérateur et les éventuels suppléments d'honoraires.

- **Chez le médecin**, le dentiste, le kiné… ce principe s'applique pour certaines catégories de patients (BIM, chômeurs complets depuis plus de 6 mois et situations de détresse financière). Le prestataire se fait alors directement rembourser auprès de la mutualité.
- **A la pharmacie**, ce principe vous permet de payer uniquement le ticket modérateur sur présentation de la carte d'identité.
- Enfin, **pour une hospitalisation**, le tiers payant s'applique d'office. La mutu va payer directement à l'hôpital le montant correspondant à l'intervention de l'AMI. Vous ne payerez dès lors que le ticket modérateur ainsi que les suppléments éventuels.

DES STATUTS PARTICULIERS : BIM

La Sécu est basée sur un principe de solidarité. Dans cette logique, il a paru évident d'aider davantage certaines catégories de la population en difficulté. C'est pourquoi les personnes à faibles revenus peuvent bénéficier d'un remboursement plus élevé de leurs de soins de santé.

Il faut établir 2 catégories de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) :

- Le droit automatique : si vous êtes bénéficiaire d'un revenu d'intégration, handicapé(e), orphelin.
- Sur base d'un calcul de revenus actuels : si vous êtes veuf(ve), invalide, pensionné(e), chômeur(euse) de longue durée, famille monoparentale.

En dehors de ces catégories, vous pouvez également bénéficier du même avantage si vos revenus de l'année qui précède sont inférieurs au plafond déterminé par l'INAMI.

Dès lors, vous bénéficierez de remboursements plus importants pour vos frais de médecin et certains médicaments.

Ce statut donne de plus droit à d'autres avantages sous diverses conditions (tarifs réduits des transports en commun, …)

Le 01/01/2014, une réforme des statuts est entrée en vigueur.

Renseignez-vous auprès de votre conseiller mutualiste !



LE MAF (MAXIMUM À FACTURER) :

Aux problèmes de santé peuvent parfois s'ajouter des problèmes d'ordre financier non-négligeables… En effet, depuis quelques années, la quote-part à charge du patient a augmenté pour toute une série de prestations. Pour compenser cette hausse et éviter que les frais médicaux ne deviennent insupportables pour des personnes atteintes de maladies graves ou chroniques, le MAF a été instauré.

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Un ménage registre national (entendez des personnes domiciliées à la même adresse depuis le 1er janvier) dont les frais médicaux dépassent un plafond déterminé dans le courant de l'année se voit rembourser intégralement les tickets modérateurs (p.18) excédant ce plafond, en plus de l'intervention normale de la mutu. Ce plafond varie en fonction du revenu imposable net du ménage : plus le revenu est bas, plus le plafond est bas.

QUE FAUT-IL FAIRE POUR EN BÉNÉFICIER ?

Rien ! Votre mutualité répertorie le type de MAF associé à votre ménage ainsi que les tickets modérateurs entrant en compte. Si le plafond de tickets modérateurs est dépassé, le remboursement sera automatique. Il existe deux types de MAF : le MAF revenus et le MAF social.

Le MAF revenus s'adresse à tout ménage registre national, il est subdivisé en catégorie en fonction de tranches de revenus annuels liées à des plafonds annuels de tickets modérateurs différents.

Le MAF social est une mesure de protection supplémentaire qui s'applique aux personnes se trouvant dans une situation sociale plus difficile comme les BIM, les bénéficiaires de l'OMNIO ou les personnes bénéficiant de revenus d'intégration. Le plafond de tickets modérateurs par an est de 450 €.

BON À SAVOIR

Il existe un **MAF jeunes** : il s'agit de deux mesures de protection visant à un remboursement immédiat pour les enfants bénéficiaires d'allocations familiales majorées depuis 2002 (plafond propre de 450 € de tickets modérateurs par an) et les jeunes de moins de 19 ans (plafond propre de 650 €).

SITUATIONS DE VIE

LE MÉDECIN DE FAMILLE

Courbatures, fièvre, mal aux yeux, plus d'appétit, plus d'énergie,…Après un bon repos, vous ne vous sentez pas mieux et allez chez votre médecin généraliste. Il pourra certainement vous trouver la solution adéquate : diagnostic, traitement, au besoin orientation vers le spécialiste adéquat… Merci Docteur pour tous ces conseils !

SON RÔLE :

Le rôle de votre médecin de famille est de vous soigner mais il ne se limite pas à cela. Il est aussi votre premier contact en matière de santé globale : il est à votre écoute si vous êtes stressé par des changements importants, si vous voulez arrêter de fumer,… Il connaît votre vécu, vos pathologies. Il est le mieux placé pour vous aider, vous conseiller, et, le cas échéant, vous orienter vers un spécialiste.

BON À SAVOIR

De plus en plus de médecins se regroupent de différentes manières (secrétariat commun, association avec d'autres travailleurs de santé, maisons médicales…). L'accès aux dossiers médicaux étant souvent partagé, cela permet une meilleure continuité des soins (si votre médecin n'est pas disponible, un autre peut prendre le relais). De plus, les échanges fructueux au sein de l'équipe bénéficient au patient en terme d'aide et de conseils complémentaires.

En ce qui concerne les maisons médicales, la plupart fonctionnent au forfait et donc sans ticket modérateur (autrement dit, la plupart du temps, vous ne payez rien vous-même pour les soins donnés) toutefois vous aurez l'obligation de vous rendre dans cette maison médicale pour vos soins de santé ordinaires. Adressez-vous à votre mutualité pour connaître leurs coordonnées.

MÉDECIN CONVENTIONNÉ OU PAS, ÇA CHANGE QUOI ?

Il existe des accords ou conventions entre les mutualités et les prestataires de soins (par exemple les accords médico-mutualistes). Ces conventions fixent des tarifs maximum d'honoraires pour assurer à tous des soins de qualité et rémunérer équitablement les prestataires (médecins …). Les prestataires conventionnés appliquent ces tarifs alors que les non-conventionnés fixent librement leurs honoraires. Si vous voulez éviter de payer plus que ces tarifs, assurez-vous que votre médecin est conventionné !

Pour une info plus complète sur les honoraires des prestataires de soins et leurs remboursements : www.mc.be

LE DOSSIER MÉDICAL GLOBAL (DMG) :

L'objectif du DMG est de rassembler toutes les informations médicales vous concernant dans un même dossier.

Demandez à votre médecin de famille d'en ouvrir un à votre nom.

Pratiquement…
Lorsque vous demanderez à votre médecin de gérer votre DMG, vous paierez 29,08 € (2014) qui vous seront intégralement remboursés par votre mutualité. Le tiers-payant peut également être appliqué. De plus, cela diminuera le ticket modérateur à payer pour la consultation chez celui-ci.

BON À SAVOIR

Payer moins chez le spécialiste !
À partir du moment où vous avez un DMG, vous pouvez bénéficier d'une réduction de votre ticket modérateur (c'est-à-dire ce que vous payez, voir page 18) pour un rendez-vous par an chez certains spécialistes et si vous avez été envoyé par votre généraliste.

Lorsque vous consulterez d'autres prestataires, vous leur demanderez d'envoyer les informations sur vos traitements et vos résultats d'analyse à votre médecin de famille, de sorte que votre DMG soit toujours complet.



Pour plus de renseignements, demandez la brochure « Le dossier médical global » à la Mutualité chrétienne sur www.mc.be ou en téléphonant au 0800 10 9 8 7 (n° gratuit).

LES MÉDICAMENTS, OUI, MAIS À BON ESCIENT :

Mal par ci, mal par là, Docteur aidez-moi ! Choisir la meilleure solution, connaître les différents types de médicaments existants, savoir de quelle façon vous serez remboursé… Quelques précisions s'imposent.

Dans bien des cas, les médicaments peuvent être d'une grande utilité – voire tout à fait indispensables – mais parfois, on a la gélule trop facile alors que d'autres solutions existent. Un mal de tête peut disparaître après une promenade, une gueule de bois n'est pas une maladie autant que la « bloque » avant les examens !

Au lieu d'avoir le réflexe «médicaments», pourquoi ne pas croquer une pomme, manger équilibré, faire de l'exercice et prendre du temps pour soi ? Les médicaments ne soignent ni le mal être, ni les difficultés. De même, l'automédication peut être dangereuse. En cas de symptômes inquiétants ou persistants, consultez votre médecin traitant !

IMPORTANT À SAVOIR

- Ne consommez pas un médicament périmé (la date de péremption est sur l'emballage) ! Ne le jetez pas non plus à la poubelle : votre pharmacien ou un service spécialisé les récupéreront sans problème.
- Lisez bien la notice des médicaments et respectez bien les consignes

LES MÉDICAMENTS MOINS CHERS

Dans les cas où les médicaments sont inévitables, il convient de les choisir de façon judicieuse. Connaissiez-vous l'existence des médicaments « moins chers » ? Ces médicaments « moins chers » sont le plus souvent des médicaments « génériques » : les « génériques » sont des copies des médicaments « de référence » (appelés aussi « médicaments originaux »). Un générique contient le même principe actif (c'est-à-dire la même « molécule ») que son « original ». Il est donc d'une qualité et d'une efficacité tout à fait identiques. L'original peut parfois vous coûter jusqu'au double en ticket modérateur ! Ce serait bête de se priver des médicaments « moins chers »!



Depuis le 1er avril 2012, une mesure gouvernementale impose au pharmacien, lorsque votre médecin prescrit un antibiotique ou un antimycosique, de délivrer obligatoirement un des médicaments « les moins chers » dans le groupe des médicaments qui contiennent la molécule d'antibiotique (ou d'antimycosique) qui a été prescrite. « Les moins chers » signifie que le prix de ces médicaments ne peut pas dépasser de plus de 5% le prix du moins cher de tout le groupe.

La même mesure gouvernementale est d'application lorsque votre médecin prescrit n'importe quel médicament en DCI (Dénomination Commune Internationale), c'est à dire lorsqu'il prescrit le nom de la molécule sans mentionner de nom de marque commerciale. Dans ce cas là également, le pharmacien doit obligatoirement délivrer un des médicaments « les moins chers », donc n'excédant pas de plus de 5% le prix du moins cher » dans le groupe des médicaments qui contiennent la molécule qui a été prescrite.

BON À SAVOIR

Demandez à votre médecin de vous prescrire des médicaments génériques : le prix d'un même médicament et son remboursement peuvent varier considérablement d'une « marque » à l'autre. Pour plus d'informations, procures-toi la brochure « Ne loupez pas les médicaments moins chers » à la Mutualité chrétienne www.mc.be

REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS

Le principe est le suivant : plus un médicament est indispensable, voire vital, moins sera importante la part du prix de ce médicament (le « ticket modérateur ») que le patient devra payer. Les médicaments pour des maladies très graves ou de longue durée comme le cancer sont remboursés à 100%. D'autres, moins indispensables, sont remboursés partiellement. D'autres encore ne sont pas remboursés du tout.



L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL :

Par un beau dimanche d'hiver, vous faites le plein d'air pur au cours d'une balade bien agréable… Mais zwip ! Plaque de verglas bien cachée, fracture du tibia ! Cela vous empêche de vous rendre au travail pendant quelques semaines… Tout comme une hospitalisation ou une maladie qui s'éternise, il s'agit d'une situation d'incapacité de travail.

QUE FAIRE ?

Tout d'abord, demandez à votre médecin deux certificats : un pour votre employeur et un pour votre mutualité (ce dernier uniquement doit obligatoirement mentionner le diagnostic) en utilisant de préférence le formulaire téléchargeable sur le site de votre mutu.

Ensuite, prévenez aussitôt que possible (dans les 48h maximum) votre employeur et envoyez-lui votre certificat médical.

Enfin, pour pouvoir bénéficier d'une intervention de la mutu, que vous soyez salarié, indépendant ou chômeur, envoyez le certificat médical mentionnant le diagnostic par la poste au médecin-conseil (voir page 28). **N'oubliez pas d'y coller une vignette !** Vous avez 48 heures (2 jours ouvrables) pour envoyer votre certificat. Ce délai est prolongé à 14 jours si vous êtes lié par un contrat d'ouvrier ou 28 jours si vous êtes lié par un contrat d'employé au moment de votre incapacité. Dans tous les cas, mieux vaut ne pas traîner car pour chaque jour hors délai, votre indemnité sera réduite de 10%.

Le médecin-conseil devra examiner votre situation, reconnaître (ou non) votre incapacité et vous communiquer sa décision.

BON À SAVOIR

- Si vous suivez une formation (de l'ONEM, du FOREM, d'Actiris…) en étant au chômage, il vous faudra également envoyer un certificat médical dès le premier jour en cas d'incapacité.
- Dans certains cas comme un repos de maternité, une pause d'allaitement, un congé d'adoption ou un congé de paternité, le médecin-conseil ne doit pas reconnaître l'incapacité. Pour un repos de maternité, vous devez cependant lui adresser votre demande d'indemnisation au moyen d'un certificat médical mentionnant la date présumée de l'accouchement.

SI VOUS ÊTES SALARIÉ :

- Votre employeur vous paiera votre salaire plein pendant la période dite « de salaire garanti » (en général, pour les employés : 30 premiers jours calendrier, pour les ouvriers : intégralement pendant les 7 premiers jours calendrier et plafonné les jours suivants jusqu'au 30ème jour). Attention, lors de votre période d'essai ou si vous êtes intérimaire, vous ne bénéficierez pas de ce « salaire garanti ». Pour bénéficier de ce salaire garantit vous devez compter au minimum 1 mois d'ancienneté.
- Si vous êtes toujours en incapacité de travail à l'issue de cette période, votre mutu prendra le relais à condition que vous l'ayez prévenue dans les délais et que le médecin-conseil ait marqué son accord. Elle vous versera une indemnité de maladie pour chaque jour d'arrêt de travail. Tout le monde ne reçoit pas la même indemnité, cela dépend des revenus : renseignez-vous pour savoir à quel montant vous avez droit !

SI VOUS ÊTES INDÉPENDANT :

Vous recevrez une indemnité à partir de votre deuxième mois d'incapacité de travail à condition d'avoir prévenu le médecin-conseil au plus tard dans les 28 jours civils. Le montant de cette indemnité sera fonction de votre situation familiale (chef de famille, isolé, considéré comme isolé ou cohabitant). Par exemple, pour un indépendant isolé, l'indemnité journalière est de 40,81 € (montant au 01/05/2014) pour la première année d'incapacité de travail.

BON À SAVOIR

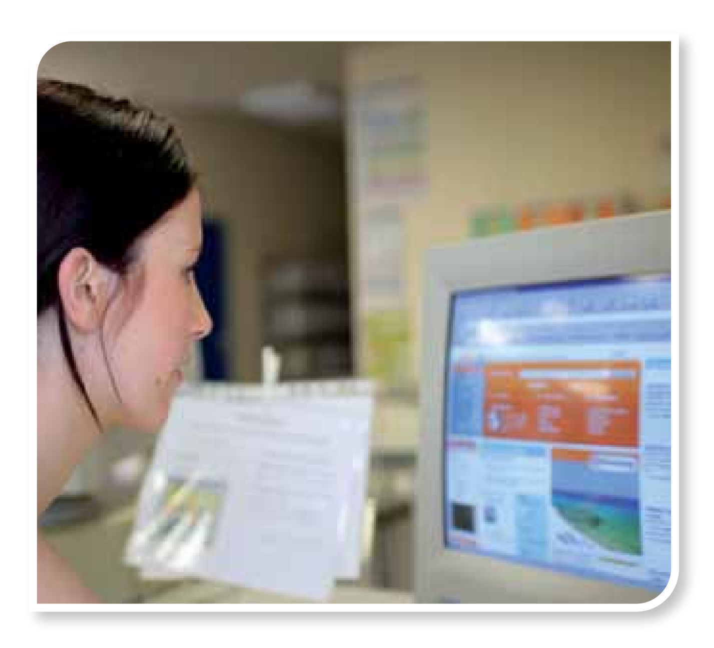
- A la fin de votre incapacité de travail, faites parvenir la carte blanche de reprise de travail à votre mutu. Cette carte vous est envoyée par courrier en même temps que la reconnaissance par le médecin-conseil de votre incapacité de travail.
- Si vous êtes chômeur, réinscrivez-vous au FOREM (pour la Région wallonne) ou à Actiris (pour la Région bruxelloise) immédiatement après votre incapacité de travail ou votre repos de maternité, pour signaler que vous êtes à nouveau disponible sur le marché de l'emploi.

QUI EST LE MÉDECIN-CONSEIL ?

Médecin travaillant au sein de la mutu, le médecin-conseil est le conseiller des patients, de la mutu et des prestataires de soins. Fort de son expertise médico-sociale, il veille à l'application de la législation et des réglementations. Outre la mission de « contrôle » pour laquelle il est assermenté, il exerce une mission sociale essentielle :il cherche les meilleures solutions pour les patients. Il peut donc vous aider à trouver des possibilités pour améliorer votre situation.

En collaboration étroite avec les médecins, les autres prestataires et les différents services de la mutualité, le médecin-conseil intervient :

- En matière d'incapacité de travail : il peut vous convoquer afin d'évaluer votre situation d'incapacité de travail et faciliter votre réintégration professionnelle. **Se présenter à ces convocations est obligatoire !**
- En matière de soins de santé : certains soins ou médicaments ne sont remboursés que moyennant son accord préalable : soins dentaires spéciaux, traitement de logopédie, médicaments particulièrement coûteux…





UNE HOSPITALISATION :

Même si vous avez une bonne santé générale, un pépin peut arriver. En cas d'hospitalisation, il est normal de se préoccuper d'abord de la qualité des soins donnés. Or, dès l'admission à l'hôpital interviennent des choix importants sur le plan financier qui peuvent vous éviter de mauvaises surprises à la réception de la facture…

BON À SAVOIR

Sur le site de la Mutualité chrétienne (www.mc.be), il est possible de comparer les tarifs des hôpitaux ainsi que de faire une simulation des frais de séjour.

L'ADMISSION :

En arrivant à l'hôpital, vous devez compléter et signer un document d'admission. C'est à ce moment qu'il convient de faire les bons choix! Lisez attentivement ce document et n'hésitez pas à poser des questions si quelque chose ne vous semble pas clair.

BON À SAVOIR

Contactez votre conseiller mutu, il vous aidera à décoder ce document !

Sur ce document faites particulièrement attention au choix de la chambre : commune, à deux lits ou particulière.

Cela va déterminer quels **suppléments** vont pouvoir vous être réclamés. Il existe deux types de suppléments : de chambre et d'honoraires.

Les suppléments de chambre seront réclamés par l'hôpital (ils représentent des frais d'hébergement) uniquement si vous choisissez une chambre particulière. Ils ne peuvent l'être si vous optez pour une chambre commune ou à deux lits.

Les suppléments d'honoraires peuvent être réclamés par tous les médecins de l'hôpital uniquement si vous optez pour une chambre particulière.

Ils ne peuvent l'être si vous optez pour une chambre commune ou à deux lits.

COMMENT SONT CALCULÉS LES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES ?

Un supplément d'honoraires se calcule en pourcentage du tarif INAMI d'une prestation donnée. Par exemple, pour une prestation avec un tarif INAMI de 100 €, un supplément de 150% s'élève à 150 € qui vont dès lors s'ajouter au 100€. Si votre mutu intervient pour 75% du tarif INAMI (donc pour 75 €), vous aurez à payer les 25% restant plus le supplément de 150%. Autrement dit, vous payerez 175 €.

ET LA MUTUALITÉ ?

En cas d'hospitalisation, votre mutualité intervient dans les frais médicaux en se basant sur les tarifs INAMI. Elle ne couvre cependant pas les frais liés au choix d'une chambre particulière, les suppléments d'honoraires, les médicaments et implants non remboursables par l'AO (voir page 8) et les frais divers comme la TV, le frigo, le téléphone, etc.

Pour plus d'infos, la Mutualité chrétienne publie plusieurs brochures sur l'hospitalisation. Demandez-les au 0800 10 9 8 7 ou via www.mc.be.



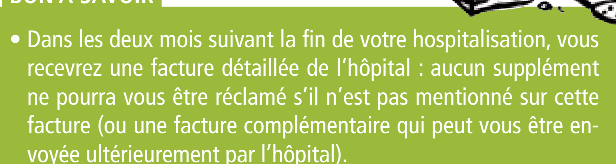
L'HOSPI SOLIDAIRE DE LA MUTUALITÉ CHRÉTIENNE…
UNE ACTION DE SOLIDARITÉ POUR TOUS !

Cette couverture peut être complétée par une assurance facultative de la Mutualité chrétienne avec des tarifs attractifs.

Pour en savoir plus, téléphonez au 0800 10 9 8 7 ou surfez sur www.mc.be – rubrique « Hospitalisation ».

Pour plus d'infos, la Mutualité chrétienne publie plusieurs brochures sur l'hospitalisation. Demandez-les au 0800 10 9 8 7 ou via www.mc.be

Enfin, Jeunesse & Santé et la Mutualité chrétienne ont réalisé la brochure « L'enfant et l'hôpital ». Elle permet de sensibiliser les enfants de 5 à 8 ans au monde hospitalier.



BON À SAVOIR

- Dans les deux mois suivant la fin de votre hospitalisation, vous recevrez une facture détaillée de l'hôpital : aucun supplément ne pourra vous être réclamé s'il n'est pas mentionné sur cette facture (ou une facture complémentaire qui peut vous être envoyée ultérieurement par l'hôpital).
- Envoyez l'original de votre facture à votre mutu (gardez-en toutefois une copie), ses services vérifieront qu'elle ne contient aucune anomalie et qu'ils peuvent rembourser une partie des frais à votre charge via l'Hospi Solidaire et/ou votre assurance hospitalisation facultative.
- Enfin, les transports urgents peuvent être partiellement remboursés par votre assurance complémentaire (et ce, même sans être hospitalisé).

NOUVEAU

La Dento solidaire, comprise dans votre assurance complémentaire (intervention en cas d'implants dentaires, traitement orthodontiques et prothèse dentaire). Celle-ci peut être complétée par une assurance facultative : la Dento+.

AU-DELÀ DES FRONTIÈRES…

Un city trip à Varsovie, un stage de quelques mois en Espagne, un bon médecin de l'autre côté de la frontière,…

Qu'en est-il de la couverture sociale lorsque vous vous trouvez à l'étranger ? Plusieurs cas de figure…

SÉJOUR DANS UN PAYS DE L'ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN OU EN SUISSE :

La Carte européenne d'assurance maladie (CEAM) permet d'être couvert dans un pays de l'Espace Économique Européen (pays membres de l'Union européenne, Islande, Norvège et Liechtenstein) ou en Suisse pour des soins qui ne peuvent attendre le retour de la personne dans son pays d'origine et qui bien sûr ne sont pas l'objet du séjour. Elle est valable dans plusieurs situations telles le séjour récréatif, le déplacement professionnel, le séjour motivé par des études ou la recherche d'un emploi. Il existe également des conventions bilatérales dans certaines pays hors de l'Union européenne (Turquie, Maroc, …).

ÉTUDIANTS À L'ÉTRANGER :

La CEAM couvre également les soins à l'étranger (pays de l'Espace Économique Européen et Suisse) des étudiants qui effectuent un programme d'échange, un stage ou des études. Les jeunes qui se sont vu délivrer une CEAM peuvent également bénéficier pendant un an du service EuroCross de la Mutualité chrétienne (qui couvre une partie des frais médicaux et le rapatriement). L'étudiant doit introduire un certificat de fréquentation scolaire à sa Mutualité pour pouvoir bénéficier de Mutas et ce dès son arrivée dans le pays des études.. Renseignez-vous auprès de votre Mutualité avant de partir.

HABITANTS DES RÉGIONS FRONTALIÈRES OU TRAVAILLEUR À L'ÉTRANGER:

Si vous habitez une région frontalière ou travaillez à l'étranger, vous pouvez avoir accès en toute sérénité aux soins hospitaliers dans un établissement situé de l'autre côté de la frontière. Renseignez-vous **avant** auprès de votre Mutualité !

Les solutions sont donc nombreuses : renseignez-vous pour profiter de votre séjour à l'étranger

JEUNESSE & SANTÉ ET LA MUTUALITÉ CHRÉTIENNE



Jeunesse & Santé est une Organisation de Jeunesse active dans l'animation, la formation et l'éducation des enfants et des jeunes.

Reconnue et soutenue par la Communauté française et les Régions wallonne et bruxelloise, J&S organise et encadre des plaines de jeux, des séjours de vacances et diverses animations, notamment des activités de promotion de la santé et l'information sur des sujets qui touchent les jeunes. C'est dans ce cadre que nous avons créé l'outil que vous tenez en main.

Pour plus d'infos sur les activités de Jeunesse & Santé, surfez sur www.jeunesseetsante.be



Jeunesse & santé travaille en collaboration avec la Mutualité chrétienne, dont la volonté est aussi de promouvoir le bien-être physique, psychique et social de la population.

Outre la gestion de l'assurance obligatoire en matière de maladie et d'invalidité, la Mutualité chrétienne organise son assurance complémentaire dans un esprit de solidarité. Elle offre ainsi à ses membres des avantages et services divers (différents d'une région à l'autre) tels que le transport urgent de malades, une assistance juridique, une assurance hospitalisation, des interventions pour l'homéopathie, les vaccins, la logopédie, les soins à domicile, les séjours de vacances…

La Mutualité chrétienne encourage par ailleurs l'engagement de ses membres, la solidarité et l'entraide à travers le développement d'actions sociales et éducatives pour les jeunes (via Jeunesse & Santé asbl); les personnes invalides, handicapées ou malades (via Altéo asbl) et les personnes âgées (via l'UCP, mouvement social des aînés asbl).

C'est ensemble que nous pouvons œuvrer dans le secteur de la santé pour plus de bien-être et pour une citoyenneté active de tous!

Pour plus d'infos sur la Mutualité chrétienne, surfez sur www.mc.be ou téléphonez gratuitement au 0800/10 9 87.







COMMENT S'Y RETROUVER AVEC SA MUTUELLE ? TRAVAIL OU ÉTUDES ? SES PREMIERS PAS DANS LE MONDE DU TRAVAIL. LES BROCHURE MODE D'EMPLOI SONT DISPONIBLES GRATUITEMENT EN TÉLÉPHONANT AU 0800 10 9 8 7 LE NUMÉRO GRATUIT DE LA MUTUALITÉ CHRÉTIENNE.

Jeunesse & Santé – www.jeunesseetsante.be – 02 246 49 81

Brabant wallon : 067 89 36 46
Bruxelles : 02 501 58 20
Dinant : 082 21 36 66
Eupen : 087 59 61 27
Hainaut oriental : 071 54 84 02
Liège : 04 221 74 41
Mons : 065 40 26 52
Mouscron : 056 39 15 22
Namur : 081 24 48 14
Philippeville : 071 66 06 65
Province de Luxembourg : 063 21 17 21
Tournai : 069 25 62 67
Verviers : 087 30 51 69

La Mutualité chrétienne – www.mc.be – 0800/10987

Brabant wallon : 067 89 36 36
Bruxelles Saint-Michel : 02 501 58 58
Hainaut oriental : 071 54 85 00
Hainaut Picardie : 069 25 62 11
Liège : 04 230 16 16
Province de Luxembourg : 063 21 17 11
Province de Namur : 081 24 48 11
Verviers - Eupen : 087 30 51 11

Contacts utiles

Actiris : 02 505 14 11 – www.actiris.be
FOREM : 0800 93 947 – www.leforem.be
Infor Jeunes : 070 233 444 – www.inforjeunes.be
Jeunes CSC : 02 246 32 19 – www.jeunes-csc.be